FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896 — **THÈSE** N° —

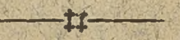
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 avril 1896, à 1 heure

PAR

HENRI PERTAT
Ancien externe des hôpitaux.
Né à Joinville (Haute-Marne), le 19 novembre 1869



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉRYTHÈMES INFECTIEUX
DES ÉRYTHÈMES ÉRISYPÉLATEUX

Président : M. DIEULAFOY.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur.
HUTINEL, MARIE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
PAUL DELMAR
29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 avril 1896, à 1 heure

PAR

HENRI PERTAT
Ancien externe des hôpitaux.
Né à Joinville (Haute-Marne), le 19 novembre 1869

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉRYTHÈMES INFECTIEUX

DES ÉRYTHÈMES ÉRISYPÉLATEUX

Président : M. DIEULAFOY.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur. HUTINEL, MARIE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
PAUL DELMAR
29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	N...
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires	GUYON.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en excercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA TOURETTE	NELATON	THOINOT
BAR	GLEY	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	HARTMANN	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VARNIER.
BROCA	HEIM	RETTERER	WALTHER
CHANTEMESSE	LEJARS	RICARD	WEISS
CHARRIN.	LETULLE	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	MARFAN		WURTZ
DELBET.			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibératiou en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE LE DOCTEUR CHIRAY

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux.
Officier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous n'oublierons jamais l'excellente année que nous venons de passer comme externe au Bastion 29, dans le service de M. Chantemesse, agrégé de la Faculté de Médecine. Nous sommes heureux de le remercier de son précieux enseignement et des marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

MM. Raymond et Brissaud, auxquels nous devons également nos connaissances de clinique médicale, nous ont donné maintes fois des preuves de bienveillante sollicitude.

Nous avons été, en chirurgie, l'externe du regretté M. Prengrueber et de M. Tuffier, agrégé de la Faculté de Médecine.

Enfin, M. Pinard, professeur de clinique

obstétricale, et M. Lepage, accoucheur des hôpitaux, nous ont enseigné l'art des accouchements.

Notre ami M. Sainton, interne des hôpitaux, qui s'est mis si gracieusement à notre disposition pour faciliter nos recherches, a droit également à notre reconnaissance.

Que M. le professeur Dieulafoy, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Le but de ce travail est de montrer qu'il existe au cours de l'érysipèle, comme cela est connu au cours des autres affections à streptocoques, des éruptions cutanées, attribuables à la maladie elle-même et d'en fixer les caractères. Il ne sera d'ailleurs que le développement d'une communication récente, faite à la Société médicale des Hôpitaux, par MM. Chantemesse et Sainton.

Quoique ce sujet ait ainsi perdu de son originalité, M. le Dr Chantemesse nous a engagé à étudier cette question, il a bien voulu mettre à notre disposition, les observations recueillies soit par nos collègues, soit par nous dans son service du Bastion 29 et nous permettre de les publier.

Nous avons fait des recherches dans la littérature médicale, et nous avons été frappés du nombre restreint d'observations antérieures, à l'encontre de celles qui ont été recueillies au

cours de l'infection puerpérale, de la pyohémie, des angines.

Au moment où la sérothérapie est accusée d'une foule de méfaits, où l'on a tendance à attribuer au sérum tout accident cutané, consécutif aux maladies traitées, il nous a semblé intéressant de montrer que l'érysipèle, maladie mono-microbienne pouvait être suivi d'érythèmes, avec phénomènes généraux quelquefois très graves, alors qu'aucun traitement sérothérapique, n'avait été appliqué. Ayant observé un grand nombre d'érisypèles, nous venons apporter des documents étudiés consciencieusement, heureux si nous pouvons contribuer à apporter quelque preuve dans ce débat où les faits auront plus de poids que les théories, et où les statistiques portant sur un grand nombre de cas pourront, seules, trancher la question.

Nous laisserons donc de côté dans notre étude, les cas où le sérum pourrait être incriminé en quelque part que ce soit.

Ce travail est divisé en plusieurs chapitres :

1° Historique
2° Etudes clinique des Erythèmes
3° Etiologie et Pathogénie
4s Diagnostic.

HISTORIQUE

Les érythèmes au cours des affections streptococciques, sont connus depuis longtemps. Aussi, signalerons-nous rapidement les principaux travaux parus sur la question pour nous attacher surtout à leur histoire au cours de l'érysipèle. Celle-ci est d'ailleurs très complète dans l'article érythème du dictionnaire Dechambre, que nous ne ferons que résumer rapidement.

Dans la fièvre des nouvelles accouchées, connue sous le nom de miliaire puerpérale, vers la fin du dix-septième siècle et pendant le courant du dix-huitième, ils ont été bien décrits de 1799, par Malfatti, dans son travail sur la scarlatine puerpérale, puis par Senu 1825. Depuis, ils ont été l'objet de nombreuses études dues à Brown, Denham, Guéniot (1862), Retzius (1863), Hervieux (1870), Raymond, Quinquaud (1872), Verneuil (1868 et 1886), Peter (1877), Aulas (1878), Ballet (1882).

Un des travaux les plus récents et les mieux

faits sur la question, est la thèse de Geneix, parue en 1883. La thèse de Durand (1891) est également à citer.

Dans les infections d'ordre chirurgical, Gubler les signale le premier en 1858, puis suivent les mémoires de Civiale, Lée, Spencer, Wells (1863), Verneuil (1868), Reynes (1873), Bristowe (1872), Duplay (1874), Picaud (1875), Tremblay (1876).

Dans les maladies infectieuses diverses, ils sont étudiés par Hutinel, Mussy (1892) et à propos des accidents sérothérapiques, ils sont l'objet de nombreuses discussions à la Société Médicale des Hôpitaux en 1895, 1896.

Les rapports entre les deux ordres de phénomènes, infection septicémique, puerpérale et pyohémique d'une part, et érythème de l'autre, sont donc bien établis. Les recherches microbiologiques, nous ont montré de la façon la plus saisissante, le lien réel qui unit intimement entre elles ces affections. Elles ont prouvé que le streptocoque peut produire des éruptions très diverses d'aspect, depuis le simple érythème, jusqu'au puerpéra et certainement il constitue un des organismes jouant le plus grand rôle dans l'apparition de cette éruption (Hanot et Luzet 1890, Widal et Thérèse 1894.)

Dans l'érysipèle, les exanthèmes sont moins connus.

Il est impossible de trouver dans les anciens des données exactes; jusqu'au commencement du siècle l'érysipèle et l'érythème étaient confondus. Sauvages dans sa nosologie méthodique comprend dans une même dénomination l'érysipèle, l'érythème, la brûlure, l'intertrigo. Boyer en 1838 ne différenciait pas l'érysipèle du zona.

Dans une des observations de l'ouvrage d'Hoffmann (de febre erysipelacea 1720) il est parlé de rougeur de la main avec exulcération. Mais, comme le dit Desprès, on ne peut guère savoir d'après les descriptions, ce qu'étaient les fièvres érysipélateuses pour Hoffmann.

Plater en 1734. Opera omnia de discoloratione, chap. III.) dit « In febribus synochis se offert macula rubra lata et dispersa qua erysipelas vocant ». Il signale des érysipèles accompagnés de prurit et de vésicules qui se crèvent et s'ulcèrent. Loin de nous la pensée de reconnaître dans ces observations incomplètes les érythèmes streptococciques, mais il est possible que quelques faits aient trait à la question qui nous occupe. De même Bromfield en 1773 (Médical Communications) parle d'érysipèles comparables au Smoll pox.

Dans le Compendium de Médecine 1839, Monneret et Fleury, parlant de l'érysipèle général ou universel disent : « On trouve dans les auteurs
« un aussi grand nombre d'exemples d'érysipèle
« qui auraient occupé toute la surface du corps
« à l'exception de la paume des mains et de la
« plante des pieds, qui, au dire de Fodéré en
« seraient toujours exempts. Zacutus Lusitanus,
« Salmuth, Cherlis, de la Motte, Bromfield,
« Michaelis, Wittmann. P. Frank ont rapporté
« des observations pour établir l'existensé de
« l'érysipèle universel..... Nous pensons avec
« Jos. Frank, Naumann et quelques autres pa-
« thologistes que la science ne possède pas encore
« d'exemples d'érysipèle universel proprement
« dit.

« *On a signalé comme tels tantôt des scarlatines*
« *ou des urticaires, tantôt et plus souvent encore*
« *des érysipèles ambulants ou erratiques qui avaient,*
« *en effet, occupés toutes les parties du corps,* mais
« successivement et non simultanément ». Il y a des rapprochements intéressants à faire entre l'érysipèle universel et les érythèmes d'origine streptococcienne à une époque où érythème et érysipèle venaient à peine d'être distingués.

En 1842 et 1843 Hall et Œxler observèrent une épidémie curieuse dans le nord du Vermont

et le New Hampshire. Il s'agissait d'une affection contagieuse, fièvre érysipélateuse caractérisée par symptômes fébriles intenses, éruptions cutanées et érysipèle. Cette épidémie survint en même temps qu'une épidémie grave de fièvre puerpérale.

En 1852 Hérard publie une observation d'exanthème érysipélateux sous le nom de purpura hémorrhagica fébrilis.

Dans son travail inaugural (1873) Bourgeois rapporte trois observations d'éruptions cutanées consécutives à l'érysipèle, un cas d'herpès, un cas d'impetigo, un cas d'érythème papuleux et miliaire : il considère ces phénomènes cutanés comme dépendant de la crise de la maladie.

En 1885 paraît le travail de Blaise fait sous l'influence des idées de Verneuil et intitulé « L'érysipèle hémorrhagique ». La nature infectieuse de l'érysipèle et la possibilité de pertes sanguines dues à l'altération profonde de l'organisme y est démontrée. « Les hémorrhagies « que l'on peut rencontrer dans l'érysipèle sont « de diverses natures; hémorrhagies sous-cuta- « nées, collections sanguines profondes ». Mais l'auteur s'explique plus loin et dit : « Les hémor- « rhagies sous-cutanées peuvent se montrer sous « forme d'ecchymoses, de pétéchies ou sous

« forme de purpura. Celui-ci peut rester localisé « ou se généraliser. Il est passager, apparaît au « point que l'éruption érysipélateuse vient de « quitter et peu reparaître à différentes reprises ».

Or, ce qui est décrit dans ce passage, ce n'est plus le purpura érysipélateux tel qu'on doit le comprendre, c'est l'érysipèle veineux de Sanson, l'érysipèle ecchymotique de Gosselin, ce n'est pas l'apparition d'une efflorescence indépendante, au point de vue de son siège de l'éruption érysipélateuse. Tous les cas se rapportant à cette forme ont été éliminés de nos observations.

Il ne nous reste plus qu'à citer la thèse d'Achalme 1892, où se trouvent quelques mots sur les rash érysipélateux et le purpura. Cet auteur publie une observation d'érxthème desquamatif récidivant, s'étant renouvelé à l'occasion d'un érysipèle. Roger (*Revue de Médecine 10 mars 1896*), signale des érythèmes papuleux survenant au cours de l'érysipèle.

ÉTUDE CLINIQUE

DIVISION ET GÉNÉRALITÉS

Les éruptions érysipélateuses présentent les mêmes modalités que les autres érythèmes infectieux. Tous ces érythèmes se présentent sous les formes cliniques les plus diverses et ils peuvent revêtir plusieurs formes chez le même individu. Les différents types observés sont résumés dans le tableau suivant :

1° *Erythèmes simples :*

1° Rougeur érythémateuse ;
2° Erythème diffus des extrémités ;
3° Erythèmes scarlatinoïdes ;
4° Erythèmes papuleux ;
5° Erythème ortié.

2° *Erythèmes purpuriques ;*

3° *Erythème polimorphe (vésico-bulleux et purpurique).*

Nous étudierons chaque type en particulier, en insistant plus sur les rapports qu'ils présen-

tent avec l'érysipèle que sur leur symptomatologie qui est la symptomatologie banale de tous les érythèmes.

Fréquence. — Nons n'avons pu trouver sur ce sujet d'autres documents que la communication de M. Chantemesse :

« Sur 579 malades, 28 ont présenté des éry-
« thèmes, ce qui fait une proportion de 5,24 o/o.
« Dans 22 cas, il s'agissait d'érysipèle de la face,
« dans 6 cas, d'érysipèle des membres. Il semble
« que l'érysipèle soit plus fréquent au cours de
« l'érysipèle des membres : sur 24 cas de lésions
« des membres, nous observons 6 cas d'érythè-
« me, soit 25 o/o, tandis que sur 555 cas de lé-
« sions faciales, nous n'en trouvons que 22, ce
« qui fait une proportion de 3,90 o/o. »

L'on voit l'écart considérable qui sépare entre eux les deux chiffres ; aucune cause ne nous paraît susceptible de les expliquer, car les érisypèles des membres n'ont pas présenté une gravité sensiblement plus grande que les érysipèles de la face.

Quant à leur *fréquence relative*, si à nos cas personnels nous ajoutons les 3 autres cas relevés dans la littérature médicale, sur 31 cas nous trouvons 11 érythèmes simples dont 3 du tronc

et 8 des extrémités, 7 érythèmes scarlatiniformes dont un appartenant à l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, 3 papuleux, 1 urticaire, 7 purpuras, 2 éruptions polymorphes.

Date d'apparition. — Elle varie entre le 2e et le 8e jour de la maladie, quelquefois elle a été retardée jusqu'au 11e et au 12e. Exceptionnellement, dans une observation, l'érythème n'est survenu que le 28e jour, mais il s'agit bien là d'une éruption streptoccocienne, puisque dans ce cas l'autopsie fut faite et que les cultures des organes, donnèrent du streptocoque pur.

Les érythèmes ne sont donc point un accident de la période critique, comme l'écrit Bourgeois; dans un cas (Obs. VI), l'érythème est contemporain de la plaque érisypélateuse comme dans les observations anciennes de Hall et Œxler.

ROUGEUR ÉRYTHÉMATEUSE.

Elle se montre en général dans les cas bénins, elle n'est annoncée par rien et ne s'accompagne d'aucun symptôme local ou général. Elle est précoce et survient entre le 2e et le 5e jour. Elle est caractérisée par l'apparition de plusieurs ef-

florescences de coloration rosée qui occupent le tronc, l'abdomen et les cuisses. La teinte se fond insensiblement avec celle des parties voisines, de sorte qu'elle peut passer facilement inaperçue : la pression des mains ou de l'ongle y détermine une empreinte blanchâtre, disparaissant bientôt, mais qui en rend la coloration plus marquée. En général, la durée de cette forme est rapide ; elle est éphémère puisqu'elle n'est que de deux ou trois jours, elle s'efface sans laisser de trace. Elle peut passer très facilement inaperçue, ou être prise pour une roséole pudique ; nous sommes convaincus qu'elle est infiniment moins rare que nous le signalons. Ce n'est que par un examen systématique et méthodique des malades, que l'on pourra avoir des données exactes sur sa fréquence.

ÉRYTHÈMES DIFFUS DES EXTRÉMITÉS

Assez fréquent, il est précoce comme le précédent et survient à la même époque. Il est plus facile à apercevoir pour le médecin et plus remarqué par les malades ; il se montre en général au cours d'érysipèles bénins. Comme son nom l'indique, il siège le plus souvent aux mains et aux

pieds aussi bien à la région palmaire ou plantaire qu'à la région dorsale, il peut se montrer aux poignets, aux régions oléocraniennes et même au niveau de la pointe du nez, comme cela est survenu dans un de nos cas. Il peut s'accompagner d'éruptions du tronc variant de la rougeur érythémateuse à l'érythème scarlatinoïde. Au point de vue de sa topographie, deux caractères méritent d'être mis en relief, sa disposition presque toujours symétrique, comme si le système nerveux jouait un rôle dans sa distribution (il est comparable en cela au purpura myélopathique) et d'autre part la préférence qu'il affecte pour le voisinage des articles. C'est en effet au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes ou des phalanges entre elles qu'il se présente le plus nettement et avec une teinte plus foncée.

Au point de vue de sa coloration, il offre des carnations plus intenses que dans la variété précédente. La rougeur y est plus limitée, plus saillante sur les parties voisines : d'ailleurs la nuance varie si on considère la face dorsale de la main ou la face palmaire par exemple. Dans le 1er cas, la rougeur est franche, presque lie de vin, dans le second, elle est à peine accentuée et se rapproche parfois de la teinte jaunâtre signalée par certains auteurs au cours de la fièvre typhoïde. L'intensité

de l'éruption peut varier dans la même journée, elle peut diminuer pour s'accentuer ensuite : voici un nouveau caractère à ajouter à ceux précédemment signalés ; la variabilité. Après sa disparition, la peau est souvent rugueuse, plus adhérente que normalement au plan profond, elle présente un aspect parcheminé. Elle desquame en lamelles plus ou moins larges, tantôt presque comme dans la scalartine, tantôt en poussière purpuracée.

Cette variété peut s'accompagner d'albuminurie. Dans un cas, un souffle systolique au cœur fut perçu au cours de son évolution, mais sa durée fut éphémère. Des arthralgies légères se montrent en même temps que l'exanthème, degré très atténué de pseudo-rhumatisme infectieux.

En général l'éruption n'est pas marquée par une élévation de température, si l'érysipèle est apyrétique ; s'il ne l'est pas, la marche thermique n'est nullement influencée par son opposition. En somme, ce n'est qu'un épisode sans grande importance au cours de la maladie.

ERYTHÈME SCARLATINOÏDE

C'est un degré plus accentué des deux formes précédentes : C'est lui qui correspond à la scar-

lat'ne puerpérale et la scarlatine chirurgicale. Il ne passe pas inaperçu. Entre le 4e et le 7e jour de l'érysipèle, le thorax et l'abdomen sont envahis en un espace de temps très court, quelquefois en peu d'heures, par des plaques rouges écarlates, irrégulières, composées au début par de grosses macules ; celles-ci ne tardent pas à se réunir pour occuper une grande surface.

L'exanthème a une certaine tendance à voyager ; parfois il débute au creux axillaire et se propage aux membres inférieurs très rapidement, en 24 heures à peine.

La coloration est rouge écarlate, mais elle peut être plus foncée et devenir presque framboisée. En général, elle n'est pas accompagnée ni suivie d'éruption miliaire, comme cela se rencontre si souvent au cours de l'infection puerpérale. Les auteurs du dix-septième et du dix-huitième siècle, ne lui avaient-ils point donner le nom de *miliaire puerpérale* ?

Il siége en général au niveau du tronc et s'étend de là, sur la racine des membres. Dans quelques-uns de nos cas, il a envahi les extrémités des mains et des poignets. Dans l'observation XII, il s'accompagne de gonflement notable des doigts et de sensations de fourmillements et d'engourdissements dans les phalanges.

Cette observation présente encore un autre intérêt : il se produisit en même temps que les lésions cutanées, de la rougeur de la gorge et des piliers du voile du palais. Ces phénomènes pourraient être attribués à l'érysipèle, mais ils s'accompagnèrent de dépouillement de la langue qui prit dans une de ses moitiés, l'aspect de la langue des scarlatineux vrais. Cette desquamation dura peu de temps et l'épithélium fut réparé au bout de 3 jours. L'exanthème fut donc accompagné d'un exanthème véritable. Et malgré l'étendue des lésions, la chûte de la température eut lieu en lysis (comme cela se produit quelque fois) au dizième jour de la maladie. Aucune ascension thermométrique n'annonça l'apparition de l'efflorescence cutanée.

La terminaison a lieu généralement en quatre ou cinq jours, par une desquamation abondante, en lamelles assez volumineuses. Dans un cas, la peau prit, après la disparition de l'érythème scarlatinoïde, une coloration jaunâtre.

Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. — Nous rapportons d'après Achalme, un cas d'érythème scarlatiniforme récidivant, qui s'était montré jadis à l'occasion de l'absorption de mercure chez une jeune fille syphilitique et

réapparut sous l'influence d'une poussée érysipélateuse. Dans ce cas, l'infection streptococcique a joué le rôle d'agent provocateur de la récidive, mais plusieurs cas d'érythème scarlatiniforme du type desquamatif récidivant ont été signalés, soit dans l'infection puerpérale, soit dans les angines (Mussy).

Il est donc logique de penser que le même fait peut se produire dans l'érysipèle.

ERYTHÈME PAPULEUX

Nous avons pu en réunir deux cas auxquels il faut ajouter le cas que nous trouvons dans la thèse de Bourgeois, et deux cas signalés seulement, dans le travail de M. Roger, paru dans la *Revue de Médecine* du 10 mars 1896. Ce même auteur dit qu'il a observé un certain nombre de ces érythèmes papuleux, consécutifs à l'affection qui nous occupe.

Il apparaît tantôt au début de la maladie, vers le 2e jour, tantôt vers la fin (Bourgeois le considérait comme un phénomène critique), le 17e jour, dans notre second cas (Observation 20). Il survint chez deux malades qui eurent des érysipèles assez graves, le premier était brightique

depuis une assez longue période ; le deuxième était une alcoolique qui fut délirante pendant quelque temps.

Aucun phénomène n'annonça l'éruption, elle fut constituée par des papules rosées, saillantes, occupant la face antérieure du thorax et ses faces latérales, présentant ainsi un aspect rubéoliforme ; dans un de nos cas, l'érythème occupa aussi la face dorsale des mains et des poignets. Blaise rapporte dans sa thèse, qu'Aubrée signale dans son travail inaugural, l'apparition de taches typhoïdiques chez un malade atteint d'érysipèle grave du cuir chevelu : nous avons cherché longuement dans l'opuscule d'Aubrée et nous n'avons trouvé aucune observation qui put se rapporter à nos cas d'érythèmes papuleux. Les papules pâlissent sans laisser de traces.

Il est un phénomène sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est l'*éruption miliaire* signalée par Bourgeois comme survenue après l'éruption papuleuse, nous n'en avons trouvé aucun autre exemple dans les observations publiées.

ERYTHÈME ORTIÉ

Nous n'avons recueilli qu'un seul cas de cette forme, il survint (Obs. XXII) chez un malade

ayant eu un érysipèle bénin, apyrétique pendant la plus grande partie de son évolution.

L'apparition des plaques se fit au 11e jour, sans aucune évolution de température. Elles occupèrent le tronc, l'abdomen, les cuisses et s'éteignirent rapidement.

C'est donc une forme rare. Elle paraît avoir été signalée dans le passage de Monneret et Fleury que nous avons cité à l'historique. Elle est dûe certainement à l'érysipèle, car les autres causes d'urticaire, ont été cherchées chez le malade qui est l'objet de notre observation et il n'en fut trouvé aucune. De plus, nous avons recherché si la fièvre ortiée n'avait pas été signalée. Nous lisons dans Geneix (Th. de Paris, 1883), que l'érythème puerpéral peut affecter l'apparence de l'érythème papuleux, de la roséole et de l'urticaire. L'unité de la cause explique la présence de la même éruption, dans deux maladies relevant du même microorganisme.

ERYTHÈME PURPURIQUE

Le purpura a été signalé depuis longtemps parmi les manifestations cutanées de l'érysipèle, mais dans un autre sens que celui qu'on lui attribue

habituellement. Gosselin dit en parlant de la forme ecchymotique de l'affection : « J'appelle ainsi la variété dans laquelle la teinte rouge de l'érysipèle est mélangée dans certains points d'une teinte bleuâtre, évidemment dûe à l'infiltration du sang dans les mailles de la peau par la rupture de quelques capillaires engorgés. Cette lésion se voit de préférence chez les personnes âgées ou affaiblies et aux membres inférieurs. Elle s'accompagne quelquefois de taches de purpura. » De même les auteurs du Compendium signalent que les taches du purpura peuvent se montrer ailleurs qu'à l'endroit occupé par le gonflement erysipèleux.

Le purpura que nous avons observé n'a suivi en aucune façon la topographie de l'érysipèle. Il est survenu dans les formes graves : sur les sept cas réunis dans cette thèse, on compte 4 cas mortels, l'un des malades succomba à une méningite purulente, les deux autres étaient des femmes cachectiques présentant à l'autopsie l'une une néphrite interstitielle ancienne, l'autre de la cirrhose hépatique et de la sclérose rénale, avec les phénomènes infectieux de la maladie de Wehrlof. Dans les 3 autres cas, les sujets ont guéri, mais furent pris de phénomènes ataxoadynamiques marqués.

L'albuminurie a été notée quatre fois : dans un cas les urines ne purent être examinées.

Le purpura est un accident, tantôt précoce, tantôt tardif, dans un cas il est survenu le 28e jour : il peut affecter des degrés variables : chez quelques sujets, des taches isolées, ecchymotiques, peu nombreuses, se montrèrent au niveau des cuisses, aux genoux et aux avant-bras ; elles ne furent accompagnées d'aucun symptôme, si ce n'est d'engourdissement et d'une sensation de picotement dans le membre inférieur, la veille de l'apparition de l'exanthème, chez une seule malade. Dans les autres cas au contraire il a été généralisé : son apparition a été annoncée par de la fièvre, des frissons, une sensation de malaise général, des phénomènes gastriques, vomissements. Des arthropathies peuvent se montrer avant la floraison des taches, c'est ainsi que dans l'observation XXVIII, les douleurs dans les articulations du cou-de-pied, des genoux, du poignet et des coudes des deux côtés furent ressenties dans ces conditions.

L'éruption. — Les taches purpuriques sont nombreuses, elles occupent les membres supérieurs et inférieurs et y sont plus abondantes et plus confluentes qu'au tronc. Elles affectent tan-

tôt l'aspect d'une ecchymose d'assez larges dimensions, tantôt le caractère de petites pétéchies très nombreuses formant un piqueté hémorrhagique. Elles peuvent pâlir assez rapidement ou prendre une coloration brunâtre, presque jambonnée.

Les hémorrhagies. — Elles accompagnent quelquefois le purpura : ainsi le malade de Hérard affirme avoir eu des urines rouges sanguinolentes, caractéristiques du pissement de sang, il fut pris d'hémoptysie ; une de nos malades eut des épistaxis répétées et une hématurie qui put être constatée microscopiquement. Dans un cas, ou en même temps que les éruptions purpuriques, se montrèrent des pustules, le malade eut une hémorrhagie intestinale.

Les arthropathies. — Nous avons déjà parlé du cas où elles apparurent en même temps que les suffusions sanguines. Un autre malade fut pris d'arthrite tibio-tarsienne. Elles sont en général peu graves et revêtent plutôt le caractère d'arthralgies multiples que d'arthrites proprement dites. Les douleurs disparaissent d'ailleurs assez rapidement.

Les phénomènes généraux. — Ils consistent sur-

tout en élévation de température, inappétence, vomissements. Du délire peut survenir du fait même de l'infection purpurique. La plus atteinte des malades succomba avec du collapsus cardiaque dans le coma et l'hypothermie.

La température rectale fut prise plusieurs fois, douze heures avant la mort et vérifiée avec grand soin. Le thermomètre marquait 34° 5.

Les urines, nous l'avons vu, sont souvent albumineuses.

Conclusion. — Il existe donc des purpuras érysipélateux affectant un caractère de gravité externe et traduisant l'infection profonde de l'organisme. Il s'agit là d'une véritable forme hémorrhagique infectueuse de l'érysipèle comparable aux formes analogues des fièvres éruptives. Il est très important de connaître qu'elle peut se produire sans aucune médication sérothérapique et se montrer chez des malades atteints de formes ataxo-adynamiques de la maladie.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

(Manifestations bulleuses, vésico-pustuleuses, hémorrhagiques et papuleuses.

Les érythèmes précédents peuvent se montrer simultanément chez le même sujet. C'est ainsi

que nous voyons l'érythème papuleux accompagner l'éruption scarlatinoïde. Le polymorphisme peut être plus grand encore. Des bulles, des vésicules peuvent compliquer l'érysipèle et se mélanger aux manifestations précédentes. Nous l'avons vu dans deux cas chez des sujets jeunes ayant eu des manifestations érysipélateuses assez intenses.

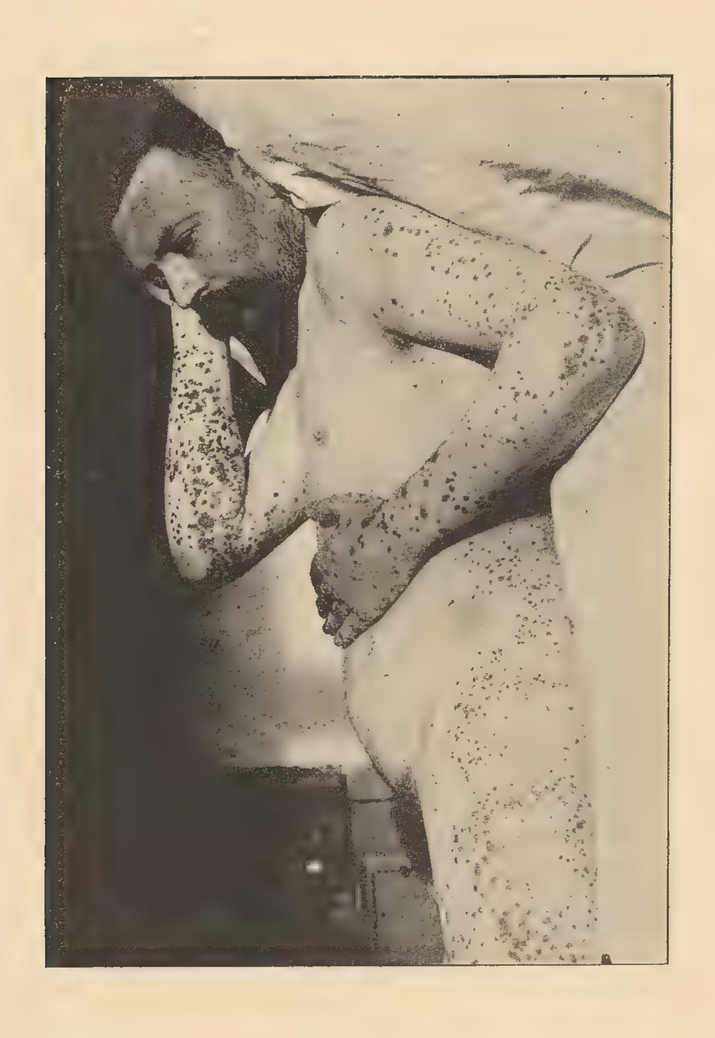
Nous citerons ici une de ces observations qui est le résumé le plus complet des différents types : ce cas a un tel intérêt que nous l'avons distrait des observations pour le présenter ici, nous n'aurions pu que le paraphraser. Nous le ferons suivre d'ailleurs, des réflexions qu'il comporte. Nous en donnons une photographie qui est due à l'obligeance et à l'habileté du Dr Daleine.

Erythème bulleux, vésico-pustuleux, purpurique au cours d'un érysipèle de la face d'origine traumatique. Ulcérations au niveau des pustules. Albuminurie, Hémorrhagie intestinale. Examen bactériologique du sang et des urines.

(L'observation est résumée dans la communication de MM. Chantemesse et Sainton. M. Sainton, interne du service nous l'a donnée *in extenso*).

O..... Jean-Marie, cuisinier, 36 ans, entre le 28 octobre 1895, lit n° 24. Il n'y a rien de spécial à noter dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : A 21 ans, le malade est resté





29 mois en Algérie où il a contracté la fièvre intermittente; en 1887 il a été soigné pour une bronchite d'une durée de six semaines. Il est alcoolique de par son état; il boit trois litres de vin rouge par jour, du vin blanc et du cognac; souvent il a des pituites le matin au réveil.

Il a été vacciné une seule fois au régiment; il n'a jamais eu d'érysipèle antérieur.

Histoire de la maladie. — Le 17 octobre, en tombant dans un escalier, notre homme se fait une plaie au niveau de la partie externe du sourcil droit.

Le 18 octobre, pendant la nuit survient une sensation de malaise, accompagnée de sueurs abondantes, de céphalalgie, de phénomènes d'excitation nerveuse.

Le 19 octobre. La fièvre continue; des vomissements apparaissent. Le visage est gouflé, l'œil droit est rouge, complètement fermé. Un médecin appelé porte le diagnostic d'érysipèle.

Les jours suivants, la rougeur et le gonflement du visage augmentent, l'érysipèle s'étend à gauche et à droite; en haut, il dépasse un peu le sourcil droit, en bas, il atteint le sillon nasogénien des deux côtés; latéralement il s'étend jusqu'aux oreilles, Les ganglions sous-maxillaires sont augmentés de volume et douloureux.

Le 25 octobre, le gonflement persiste, mais le malaise général s'apaise et l'appétit revient.

Le 26 octobre. L'érysipèle pâlit, l'œdème diminue. Le malade éprouve une sensation de démangeaison dans les jambes, il s'aperçoit alors que celles-ci sont envahies

par une éruption bulleuse comparable à celle produite par des brûlures; les bras sont le siège d'un érythème analogue. Le malade affirme que les bulles se sont produites très rapidement.

Le 28 octobre. Le malade entre au bastion 29. Son aspect à première vue, sans connaître le anamnestiques est celui d'une variole hémorrhagique.

État actuel. Le 29 octobre.

A la face, il persiste des traces non douteuses d'érysipèle, la paupière supérieure droite est gonflée, rouge, violacée. Les joues et les oreilles desquament. Le cuir chevelu est douloureux. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire appréciable.

L'éruption occupe les membres supérieurs et les membres inférieurs. Il n'y a pas trace de vésicules à la partie postérieure du tronc, de la région rénale à la région scapulaire ; de même en avant au niveau du thorax et de l'abdomen. La paume des mains et la plante des pieds sont intactes : mais il existe quelques vésicules à la face latérale des doigts.

Les éléments peuvent être décrits sous 3 types : 1° Pétéchies; 2° vésicules saillantes de forme circulaire ou irrégulière, à coloration jaunâtre, contenant un liquide louche à leur intérieur, elles sont bordées par une sorte d'auréole de coloration violacée, par places quelques vésicules contiennent du liquide purement sanguinolent ; 3° de véritables pustules à contenu purulent reposent sur un fond noirâtre. Les éléments sont disposés d'une façon irrégulière, formant des traînées courbes, très confluents en certains endroits.

La gorge ne présente pas de rougeur. Il existe sur la voûte palatine, au niveau de la ligne médiane, une ulcération déchiquetée de l'étendue d'une pièce de 20 centimes et autour d'elle des ulcérations plus petites.

La langue est rouge, vernissée, dépouillée de son revêtement épithélial. Le malade a une sensation comparable à celle d'une brûlure « la langue lui colle au voile du palais ».

L'appétit est nul; un peu de constipation.

Le foie, un peu gros, paraît déborder les fausses côtes; la rate n'est pas volumineuse.

Le cœur est normal, la contraction cardiaque bonne.

Urines albumineuses, riches en urate.

Le malade ne présente pas d'autres phénomènes nerveux que de l'insomnie. Les articulations des deux genoux et du cou-de-pied droit sont douloureuses quand le sujet fait quelques mouvements. La pression réveille un peu de sensibilité au niveau des insertions ligamenteuses. De même les articulations des coudes sont atteintes d'un léger degré d'arthralgie.

La température vespérale est de 36° 8 seulement.

On donne au malade une potion à l'ergotine et de la limonade sulfurique.

30 octobre. Quelques éléments nouveaux sont apparus : mais l'ensemble de l'éruption évolue vers la vésico-pustule. Certains se flétrissent et se couvrent de croûtes noirâtres.

Pendant la nuit, le malade a eu des coliques violentes: à 10 heures du soir est survenue de la diarrhée sanglante. Les selles étaient constituées par du sang presque pur, environ 300 grammes.

Les douleurs articulaires persistent. Urines albumineuses. T. 37°. P. 88.

31 octobre. Même état de la peau.

Les ulcérations du voile du palais sont en voie de cicatrisation, il n'en existe plus que deux très petites.

Une seule selle hémorragique. Persistance de l'albumine. T. 36° 8.

1er novembre. L'éruption a pâli dans son ensemble ; au coude gauche du côté de la flexion un nouvel érythème constitué par des pétéchies très petites. Les selles sont redevenues normales. Persistance des douleurs articulaires. P. 84. T. normale.

2 novembre. L'éruption évolue de 3 façons différentes : certaines pustules se dessèchent, d'autres s'ulcèrent particulièrement au niveau du pli inguinal et des fesses.

Les taches purpuriques qui s'étaient montrées hier sont plus foncées.

P. 76. Etat général satisfaisant. Plus d'albumine.

3 novembre. Même état de l'exanthème. Quelques vomissements bilieux. Les douleurs dans les jointures sont moins vives. P. 86. Pas d'albumine.

Il existe encore de l'induration au niveau de la paupière supérieure droite.

4 novembre. T. normale. P. 88.

5 novembre. Des taches purpuriques se sont montrées aux jambes. Les ulcérations au niveau des pustules deviennent confluentes et donnent lieu à un suintement abondant. Le malade est obligé de se coucher sur le ventre. Le moindre mouvement est intolérable. Pansement à la poudre de Lucas-Championnière.

8 novembre. Les douleurs articulaires ont disparu.

10 novembre. Le malade presente de l'œdème des deux mains s'étendant jusqu'au poignet. Cette tuméfaction s'accompagne de douleurs spontanées dans les articulations des doigts.

L'état général est moins bon: le pouls est plus rapide.

13 novembre. P. 120. Délire nocturne.

Les taches purpuriques ont pris une coloration jambonnée: certaines desquament. L'albumine a réapparu dans l'urine.

15 novembre. Les ulcérations ont tendance à se cicatriser. L'œdème des mains disparaît. Le thorax s'est recouvert d'une petite éruption papuleuse et rosée.

19 novembre. Le malade va de mieux en mieux. L'éruption a pâli dans son ensemble. Aux jambes, il ne persiste plus que des taches jaunes pigmentées.

Les ulcérations se cicatrisent. P. 105. Albuminurie.

A partir de cette époque l'éruption a pâli et a laissé des traces indélébiles de son passage. La peau est tigrée. L'albumine a persisté ; elle a disparu pour se montrer de nouveau au bout de quelques jours.

Examen bactériologique

Il a été pratiqué les 31 octobre.

Le liquide des vésicules n'a rien donné.

Le sang pris dans la veine du coude et l'urine recueillies aseptiquement ont donné des cultures de streptocoque pur sur agar et sur bouillon.

Réflexions. Cette observation nous montre quelle

intensité peuvent atteindre les érythèmes érysipélateux, malgré une apyrexie complète. L'on voit qu'ils peuvent être accompagnés de délire, d'albuminurie, d'arthralgies multiples. Le pronostic, d'ailleurs, doit être très réservé dans ce cas, puisque le malade avait encore de l'albumine au mois de février.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les causes qui favorisent le développement des efflorescences cutanées d'origine infecteuse, sont encore assez mal connues. On a invoqué autrefois des causes banales, telles que l'arthritisme, une sorte de prédisposition du tégument à faire des éruptions sous l'influence d'intoxications ou d'infections. Nous avons recherché chez nos sujets l'influence de l'âge, du sexe, les rapports qui pouvaient exister avec la gravité de l'infection et l'albuminurie.

L'âge. Sur trente et un individus, seize avaient entre 18 et 26 ans, douze avaient entre 30 et 45 ans et enfin trois seulement avaient entre 60 et 65 ans. Le plus jeune avait 18 ans, le plus âgé avait 69 ans. On sera frappé de la fréquence sur les sujets jeunes, mais il est impossible d'en tirer des con-

clusions, car c'est chez eux que l'on rencontre le plus souvent l'érysipèle.

Sexe. Il en est de même pour le sexe : sur trente et un sujets nous trouvons dix-neuf femmes et douze hommes. Il y a ainsi une prédominance assez marquée en faveur du sexe féminin ; mais il faut remarquer que le nombre des femmes hospitalisées pour érysipèle a été environ un tiers plus fort que celui des hommes.

Gravité de l'érysipèle. Ici, comme dans le paragraphe suivant, il faut distinguer les érythèmes simples d'une part, les érythèmes purpuriques et polymorphes d'autre part.

Dans la première catégorie, l'intensité de l'infection ne paraît pas jouer un grand rôle : l'exanthème se montre aussi bien au cours d'un érysipèle bénin, apyrétique, qu'au cours d'une forme grave. Les formes moyennes en constituent le plus grand nombre.

Dans la deuxième, se trouvent des cas mortels : sur neuf malades, notre relevé porte quatre décès et cinq érysipèles graves. Ces formes hémorrhagiques paraissent donc être en rapport avec une intoxication plus profonde de l'organisme.

Rapports avec l'albuminurie. — Dans la première forme, l'albuminurie est rare, elle ne s'est

montrée que trois fois sur vingt-deux cas. Tandis que dans la seconde, sur neuf cas elle s'est montrée cinq fois, et dans trois cas, les urines n'ont pas été examinées. Il y a donc là un rapport de cause à effet qui n'est pas douteux.

Théories pathogéniques. — Autrefois, on tendait à considérer ces phénomènes comme des signes de la crise. En 1873, Bourgeois, dans sa thèse, nous dit encore en parlant de ces éruptions, « elles « amènent avec elles la résolution de l'érysipèle, « elles sont apyrétiques, n'ont pas de symptômes « généraux et accomplissent rapidement leur « évolution ».

D'autres les regardaient comme une manifestation cutanée de la maladie. « Autrefois, dit M. Hutinel, on leur donnait le nom d'érythèmes fugaces et l'on s'accordait généralement à ne voir en elles qu'un symptôme inconstant de la maladie première, on a dit bien souvent à leur propos, qu'il ne fallait les considérer dans leurs rapports avec l'état morbide général, ni comme une complication, ni comme un simple accident, mais comme une véritable détermination cutanée. N'était-il pas naturel d'admettre que le tégument peut, lui aussi, subir quelque altération et réagir à sa façon dans une maladie où l'on voit tous les

viscères, tous les tissus plus ou moins atteints dans leur structure et leur vitalité ? »

Actuellement, deux théories sont mises l'une en face de l'autre et ont chacune leur part de vérité.

Les unes accusent les microbes : ceux-ci s'élimineraient par la peau, c'est l'opinion de Kirwisch, Birch, Gibier, de Neuhans (dans ses recherches sur la fièvre typhoïde en 1886).

Brieger soutient une opinion analogue en attribuant les érythèmes à des embolies parasitaires et cela d'autant plus qu'au niveau des sigillations cutanées, il a trouvé des micro-organismes dans les vaisseaux.

D'autres se rattachent à la production d'exanthèmes sous l'influence d'une dilatation vasculaire due à l'action des toxines, sur les vaso-moteurs, action démontrée par les recherches de Bouchard.

Enfin, Widal et Thérèse admettent les deux théories et nous ne pourrons que résumer ici leur communication du 9 février 1894 à la Société médicale des hôpitaux.

Elle est le reflet exact de l'opinion la plus généralement admise et la plus compatible avec l'état actuel de la science. Cette conception qu'ils appliquent au purpura surtout, peut être vraisemblablement généralisée aux autres érythèmes.

Deux mécanismes sont possibles : d'une part, « la dermatite bactérienne métastatique » peut suffire à expliquer certains cas ; mais dans d'autres cas, notamment dans une observation de Launnois et Courmont, ces auteurs ont trouvé le streptocoque uniquement localisé dans les ganglions lymphatiques, ils ne purent le trouver, ni dans le sang, ni, après la mort, dans les viscères.

On peut donc concevoir que « les toxines interviendraient le plus souvent par l'intermédiaire du système nerveux central, pour déterminer des phénomènes de vaso-dilatation et ce fait nous rendrait compte dans une certaine mesure des particularités du purpura telles que la symétrie des pétéchies. D'après cette manière de voir, au point de vue pathogénique, certaines variétés de purpura entreraient dans le cadre de purpura myélopathique. »

En ce qui concerne le purpura érysipélateux, surtout, nos observations confirment cette théorie ; deux ordres de symptômes en effet, ont accompagné l'érythème purpurique. D'une part, l'albuminurie montrant l'altération du filtre rénal et l'action des toxines, d'autre part, les phénomènes nerveux ataxoadynamiques décelant la perturbation fonctionnelle du système nerveux sous l'influence des mêmes toxines.

DIAGNOSTIC

Ce chapitre ne comporte pas de grands développements ; au point de vue morphologique les exanthèmes érysipélateux ne diffèrent en rien des érythèmes infectieux ou toxiques.

Il faut s'assurer pour admettre cette origine érysipélateuse que le malade n'a absorbé aucune substance médicamenteuse capable de donner lieu à des phénomènes analogues : antipyrine, atropine, opium, chloral, iodure de potassium, etc.., il faut penser à la forme légère de l'hydrargyrisme et rechercher avec soin si le sujet n'a pas été soumis à un traitement mercuriel interne ou externe.

Les érythèmes scarlatinoïdes ressemblent quelquefois étrangement aux érysipèles ambulants et nous avons pu observer un malade chez lequel la confusion était facile. Quelquefois l'érysipèle ambulant peut être apyrétique, le bourrelet n'y est pas toujours très net : l'élévation persistante de la température ou le maintien de l'élévation thermique, l'aggravation de l'état général sont en faveur de l'érysipèle.

Il est nécessaire dans les cas qui nous occupent de faire l'examen du sang, c'est en effet un élément de valeur capitale dans le diagnostic.

En terminant ce chapitre, il est une dernière question qui se pose et qui n'est pas des moindres. Existe-t-il un signe permettant de différencier les érythèmes à streptocoques de ceux que certains auteurs attribuent au sérum ? Nous n'osons nous jeter dans une discussion où certains des plus autorisés de nos maîtres paraissent perplexes. Qu'il nous soit simplement permis d'interprèter les faits que nous avons observés. La symptomalogie des deux ordres d'éruptions nous paraît la même : M. Mathieu, dans la *Gaz. des Hôp.* fait à M. Chantemesse cette objection que les urticaires seraient plus fréquents chez les malades soumis à la sérothérapie que chez les autres. Mais Tremblez (th. de Paris, 1876), Geneix (th. de Paris, 1883), nous apprennent que l'éruption ortiée compte parmi les manifestations des infections d'origine pyohémique et d'origine puerpérale. Nous citons simplement les faits, puisque seuls ils pourront éclairer le débat.

OBSERVATIONS

(*Toutes ces observations ont été résumées par nous au point de vue spécial des Erythèmes.*)

Observation I (Inédite.)

Érysipèle bénin de la face. Erythème diffus du dos.

L..., Amédée, 25 ans. Employé de commerce. Entré le 21 janvier 1895, lit n° 2. — Le 19 janvier, avulsion d'une dent. Deux jours après apparaît un érysipèle léger de la face, sans élévation de température bien notable 38° 2.

Le 23 janvier, on signale *quelques macules rouges légères* dans le dos. T. V. 37°.

Le 30 janvier le malade sort, l'érythème a pâli, mais n'est pas complètement effacé.

Observation II (Inédite).

Érysipèle de la face. Érythème diffus du tronc, des bras, de l'abdomen et des cuisses.

Q..., Désiré, 25 ans. Marchand de volailles, entré le 8 février 1895, lit n° 4. L'érysipèle de la face est apparu le 4 février ; consécutif à un rhume de cerveau ; sensention de cuisson au niveau du front, frissonne-

ments légers, céphalie. L'exanthème, le 5 février descend, jusqu'à la paupière supérieure.

Le 6 février, le gonflement atteint les deux paupières et se répand sur la joue droite.

Le 9 février, la rougeur occupe les paupières, la joue droite, descend en empiétant sur la région parotidienne ; quelques phlycthènes se sont montrées à la surface T. V. 37° 6. Céphalie. Appétit conservé.

On remarque un *érythème diffus* de coloration rouge du thorax, la teinte s'étend à l'abdomen et au tiers supérieur des cuisses. Les bras sont également le siège d'une rougeur plus accentuée à leur partie inférieure.

Le 10 février, la distribution de l'érysipèle est la même, l'érythème pâlit. T. 37° 4.

Le 12 février, l'érythème n'est plus signalé.

Le malade sort guéri le 5 mars.

Observation III (Personnelle.)

Érysipèle bénin de la face. Apyrexie. Erythème du dos et des bras.

C..., Louis 18 ans, garçon de restaurant, entré le 15 juillet 1895, lit n° 5. Coryza depuis quelques jours, épitaxis. Début par céphalée violente, quelques frissons, une petite plaque rouge apparaît à la région malaire gauche. Le malade entre au 1er jour de la maladie. Le lendemain 16 juillet, tuméfaction du nez et des

régions malaires. Pas de symptômes généraux. T. 37° 1 P. 76.

Il existe une *efflorescence rosée*, en nappe au niveau du dos et des bras.

17 juillet, l'érysipèle a diminué. T. 37° P. 68.

18 juillet, l'amélioration continue. Il n'existe plus des traces de la rougeur diffuse signalée plus haut.

Le 22 juillet, le malade sort guéri.

Observation IV (Inédite.)

Erysipèle de la face. Albuminurie. Léger érythème des poignets. Arthralgie de l'épaule.

A..., Maria, 19 ans, domestique, entrée le 30 mars 1895, lit n° 2. 1er Erysipèle de la face à l'âge de 14 ans.

Le 28 mars, à la suite de fatigues, frissons, douleurs dans la région sous-maxillaire.

Le 29 mars, frissons, rougeur, à la pointe du nez.

Le 31 mars, la plaque érysipélateuse occupe les deux joues depuis la région zygomatique jusqu'au bord du maxillaire inférieur et s'arrête en avant des oreilles. T. 38° 6. Pas d'albumine.

Le 1er avril, malgré l'abaissement de la température à 37° 4, extension de l'érysipèle au front, lèvres fuligineuses, pouls 120.

Il existe une *légère rougeur diffuse des poignets*. La malade se plaint de *douleurs dans l'articulation de l'épaule* des deux côtés.

P. 120 T. V. 38° 8.

2 avril, extension de la plaque d'érysipèle au niveau des régions mastoïdiennes. P. 120 petit. T. V. 37° 4. *Albuminurie* légère.

Le 3 avril, P. 129. Albuminurie. Disparition de la rougeur des poignets.

Le 4 avril. Disparition de l'albumine.

La malade sort guérie le 20 avril.

Observation V (Inédite.)

Erysipèle de la face. Albuminurie. Erythème des mains et des jambes. Mort le 7e jour.

H ..., Vve C. 69 ans. Entrée le 30 mars 1895, lit n. 14.

Depuis quelque temps coryza et angine. Le 29 mars au soir, courbature, frissons, céphalalgie.

Le 30 mars au réveil, il existe une plaque érysipélateuse recouvrant le nez et la partie moyenne des joues des deux côtés. T. V. 39° 2.

Le 31 mars, la rougeur a envahi le front et les paupières, les oreilles sont tuméfiées, T. V. 39° 5, langue sèche.

1er avril, desquamation commence. T. V. 38° 8.

2 avril, continuation de la desquamation ; mais la langue est sèche, le pouls est à 128, intermittent et petit, le malade divague un peu, les extrémités sont cyanosées et froides. On constate de l'albumine dans

l'urine. Cette aggravation des phénomènes généraux contraste singulièrement avec l'amélioration locale.

A 3 heures du soir le pouls est à 126 ; a les mêmes caractères que la veille, la malade est dans le subcource.

Aux poignets et aux mains se montre une *rougeur lie de vin*, avec un peu de chaleur. Aux jambes existe une *plaque rouge sombre* un peu chaude.

3 avril. Desquamation continue. P. 132, faible : 11 respirations par minute ; persistance de l'érythème. Mort à 11 heures du soir.

Observation VI (Personnelle.)

Erysipèle de la jambe et de la cuisse. Erythème apparu en même temps que l'érysipèle ayant occupé les mains, les pieds, les régions olécraniennes. Abcès de la jambe et de la cuisse. Souffle systolique à la pointe, passager.

H..., Alice, 25 ans, bonne d'enfant, entrée le 20 juin, lit n° 5.

A. P. Rougeole et scarlatine dans l'enfance.

Maladie actuelle. — Depuis 3 semaines, la malade avait une écorchure du pied. Vers le 11 mars elle eut une sensation de malaise général qui persista ensuite.

Le lundi 17, la jambe gauche est très douloureuse, rouge. Les mains en même temps présentent de la

rougeur et de la chaleur. La malade entre au Bastion 29 le 20 juin.

21 juin, à la jambe existe une rougeur érysipélateuse. occupant le mollet gauche jusqu'au creux poplité. Il semble qu'on sent un cordon induré le long du trajet de la veine poplitée, 2 ganglions volumineux au pli de l'aine.

L'érythème des mains se présente sous forme de placards, occupant le dos des deux dernières phalanges des doigts et toute la partie dorsale du pouce, la rougeur est uniforme, en doigt de gant ; au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, l'éruption se présente sous forme de plaques ovalaires.

La paume de la main toute entière est uniformément rouge écarlate. Il n'existe ni douleur, ni trouble fonctionnel dans les articulations des doigts.

Une petite plaque érythémateuse existe au niveau de la malléole externe gauche. T. V. 39° Inappétence absolue. Pas d'albumine.

Le 22 juin, la malade est vue par M. Thibierge qui porte le diagnostic d'érythème infectieux. La rougeur a pâli aux mains et à la malléole externe. Mais des taches érythémateuses de forme ovalaire ont apparu au niveau des régions olécraniennes.

Un peu de rougeur s'est montré au niveau de la pointe du pied gauche et du bord externe du pied. Même état de la jambe gauche.

Il existe une légère rougeur à la pointe du nez. T. V. 39°.

Le 23 juin. L'érythème continue à pâlir. T. V. 39°2. P. 88.

Le 24 juin. L'érythème des mains s'efface. Il persiste une coloration marquée de l'olécrâne. L'érysipèle de la jambe se propage à la cuisse. T. V. 39° 2. P. 80.

26 juin. La rougeur des mains a presque complètement disparu.

Existence d'un souffle systolique au cœur. T. V. 37°4.

27 juin. Les doigts présentent un aspect parcheminé. T. V. 37° 4.

30 juin. Desquamation des mains. Persistance du gonflement de la jambe gauche.

4 juillet. Malgré l'état général assez bon, la température s'élève 38° 4.

6 juillet. La tumeur de la jambe gauche est presque fluctuante. On évacue un abcès contenant 600 gr. de pus.

L'examen microscopique a montré dans le liquide purulent la présence du streptocoque pur, résultat confirmé par les cultures.

11 juillet. Evacuation d'un accès du creux poplité commuquant avec celui de la jambe. La desquamation des mains est à peu près finie.

Les abcès de la malade guérissent lentement et celle-ci peut sortir le 31 août.

Observation VII (Inédite)

Prise par M. Cabrol, externe du service. *Erysipèle de la jambe. Erythème léger des mains*. (La malade a été traitée par les bains).

B..... Françoise, 20 ans, domestique. Entrée le 18 juillet 1895, Erysipèle de la jambe consécutif à une écorchure du talon.

Le début a eu lieu le 15 juillet par de la céphalalgie, de l'anorexie, des vomissements et de la fièvre et par de la rougeur de la jambe.

Le 19, à son entrée, érysipèle de la jambe remontant jusqu'au niveau des articulations de la 1re et de la 2e phalange, sous forme de plaques rouges arrondies, de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Une tache se montre également à la partie externe de l'articulation radiocarpienne. 4 bains.

20 juillet. Même état de la jambe. T. 38° 4. P. 97.

L'érythème des mains est moins apparent qu'hier, il persiste un peu de rougeur.

Le soir il est plus visible.

21 juillet. L'érythème a diminué. Même état de la jambe. Amélioration de l'état général. T. 37° 8. P. 96.

23 juillet. L'érythème a à peu près disparu.

Observation VIII (Inédite).

Erysipèle de la jambe. Erythème léger des mains.

M..... Eugénie, 24 ans, plumassière. Entrée le 21 juillet 1895.

Cette malade est atteinte de rhumatisme chronique avec ankylose de la région tibiotarsienne. Début par fièvre le 20 juillet, adénopathie inguinale.

Le 22 juillet, il existe de la rougeur érysipélateuse du dos du pied, de la jambe et de la partie postérieure de la cuisse. T. 39°. P. 100. Les mains présentent de la *rougeur diffuse.*

Le 24 juillet. *Hydarthrose du genou droit. Douleur et empâtement des articulations radiocarpiennes.* Rougeur des mains pâlit. T. 37°. P. 76.

Observation IX (Personnelle).

Erysipèle de la face. Erythème des mains et du poignet.
(Malade traitée par les bains).

C... Clarisse, 50 ans, domestique. Entrée le 22 juillet 1895.

Le début a eu lieu par un rhume de cerveau.

23 juillet. L'érysipèle occupe la face sauf le menton et la partie inférieure du nez. Adénite sous-maxillaire. Etat général mauvais. La malade répond d'une façon inintelligible aux questions. T. 39° P. 96. 4 bains.

24 juillet. Extension de la lésion au cuir chevelu; mais chute de la température. T. 37° 6. P. 88.

Il existe un *érythème diffus des mains* remontant jusqu'au poignet. Pas de douleurs articulaires. 2 bains.

25 juillet. Amélioration de l'état local et de l'état général. Persistance de l'érythème. T. 37° 2. P. 80.

26 juillet. L'érythème des mains a presque complètement disparu. Bon état général. T. 36° 8. P. 76.

27 juillet. Plus de trace de l'érythème.

La malade sort guérie le 30 juillet.

Observation X (Personnelle).

Erysipèle de la face. Erythème des pieds.
(Malade traité par les bains).

B....., Paul, 45 ans, artiste lyrique. Entré le 27 juillet. Alcoolisme. Début le 21 juillet par fièvre, frissons, embarras gastrique.

23 juillet. Apparaît de la rougeur de la face débutant par le nez.

27 juillet. Apparition du délire.

28 juillet. La figure est complètement prise, elle est le siège d'une desquamation assez avancée. L'œdème est cependant assez marqué. Adénopathie sous-maxillaire. Délire tranquille. Oppression assez grande, râle dans toute la poitrine. Rien dans l'urine.

Erythème diffus des pieds. — Il occupe toute la face externe remontant jusqu'au cou-de-pied à droite. A gauche il occupe la région interne du pied. Sa colora-

tion est rouge foncé, presque lie de vin. T. 38°. P. 100. 4 bains.

29 juillet. L'état local est stationnaire, l'état général est meilleur. T. 37° 3. P. 92. Cessation des bains.

30 juillet. Le malade va bien. La figure est moins rouge. L'érythème pâlit.

31 juillet. Même état. La pâleur de l'érythème est encore plus marquée.

2 août. L'érythème est encore visible.

6 août. L'érythème desquame abondamment, quelques douleurs existent dans les orteils.

9 août. Incision d'un abcès sous-mentonnier.

Le malade sort complètement guéri le 3 septembre.

Observation XI (Personnelle).

Erysipèle de la face. Érythème diffus des mains.

B..., Marguerite, 29 ans, entrée le 20 décembre 1895. Début à la suite de lésions croûteuses du nez par fièvre, frissons, adénopathie sous-maxillaire.

Le 21 décembre, le front, la partie droite du nez sont atteints. Un peu d'embarras gastrique. T. 38°, 5. P. 84.

Il existe de la *rougeur diffuse des mains et des poignets.*

22 décembre. L'érysipèle s'étend à la joue droite. T. 37°, 8. P. 76.

23 décembre. Continuation de l'extension de l'érysipèle sans fièvre.

La rougeur des mains et des poignets persiste jusqu'au 27 décembre. La malade sort guérie le 30.

Observation XII (Inédite).

Erysipèle de la face. Erythème scarlatinoïde du tronc des mains et des jambes. — Enanthème.

R... M., 65 ans, passementière, entrée le 28 décembre 1894. Cette femme avait un rhume de cerveau depuis 15 jours. (Mucosités purulentes et sanguinolentes dans le nez).

Le 24 décembre, céphalée, frissons, fièvre.

25 décembre. Apparition d'une plaque rouge près de l'aile droite du nez.

25 et 27. Extension de l'érysipèle.

28. T. V. 39°.

29. La face tout entière est prise sauf la lèvre supé-supérieure et le menton. Tuméfaction ganglionnaire parotidienne. T. 38°

Erythème. — La peau du cou est épaisse et comme scléreuse. Le tronc en avant et en arrière jusqu'à la eeinture est revêtu d'une teinte rouge généralisée. En arrière la teinte est scarlatiniforme, les doigts y tracent des empreintes blanches. En avant, même rougeur sur les seins. Au niveau du creux épigastrique, les plaques rouges ne sont pas confluentes.

Elles laissent entre elles des petits placards de peau

saine. Rougeur de la luette et des piliers du voile du palais.

30 décembre. Même état local. T. V. 38°, 4.

Les mains sont œdématiées, le gonflement remonte jusqu'à la partie moyenne des avants-bras, la teinte rouge laisse entre elles quelques intervalles de peau de couleur normale.

31 décembre, l'érysipèle diminue. T. V. 38.

La teinte scarlatiforme du dos, de la poitrine et des mains persiste. La luette et les piliers du voile du palais sont rouges.

La langue est dépouillée sur sa moitié droite.

1er janvier 1895. L'état de l'érysipèle continue à s'amender, la teinte des mains pâlit : mais elles sont le siège de *fourmillements* et de *phénomènes d'engourdissement*, la langue est dépouillée sur ses deux bords. T. V. 37· 8.

2 janvier. Il persiste un peu de rougeur de la face. Même état de la langue et de la gorge. *L'érythème a gagné l'abdomen* et les *membres inférieurs*. Apyrexie.

3 janvier. La face desquame par larges plaques, l'éruption scarlatinoïde est moins intense, mais a la même topographie.

L'épithélium lingual est reformé.

4 janvier. Les endroits envahis par l'efflorescence desquament, la rougeur persiste aux jambes.

5 janvier. L'érysipèle est terminée.

6 janvier. L'érythème desquame largement, la malade sort.

Observation XIII (Inédite).

Erysipèle grave de la face. Albuminurie. Erythème scarlatiniforme du tronc et des bras. Mort. Thrombose des sinus.

G... Paul, 22 ans, entré le 18 février. Ce malade atteint d'un érysipèle très grave. On signale le 4e jour de la maladie une *teinte scarlatiniforme très nette.*

Observation XIV (Inédite).

Erysipèle de la face. Erythéme scarlatiniforme du tronc et papuleux de l'avant-bras.

F... Marcellin, 19 ans, garçon de pharmacie, entré le 3 janvier 1865.

L'érysipèle est survenu le 2 janvier, sans cause appréciable ; il a débuté par du gonflement des paupières. Conservation de l'appétit. Bon état général.

Le 3. Même état. T. V. 38° 2.

Le 4. L'érysipèle s'est étendu à la joue droite, il occupe la région temporale et le pavillon de l'oreille du même côté. T. 37. 2.

La peau du cou présente un aspect de chair de poule, elle est maroquinée, dure au toucher. Le tronc présente une *rougeur scarlatiniforme diffuse* s'effaçant à la pression du doigt.

La partie latérale interne de l'avant-bras gauche, est

occupée par une éruption formant un placard de dix ccntimètres, les éléments qui la composent sont des papules très petites séparées par des intervalles de peau saine.

Le 5, l'érysipèle s'atténue. T. 37°

Quant à l'érythème, il a presque complètement disparu ; la peau prend une légère teinte citron. T. 37°

Le 6, l'érythème n'est plus distinct, il ne persiste qu'une coloration jaune.

Le malade sort guéri le 7 janvier.

Observation XV (Inédite).

Erysipèle bénin de la face. Erythème scarlatiniforme du tronc et des mains.

T....., Jean-Baptiste, 43 ans, employé. Entré le 3 janvier 1895.

Le 2 janvier le malade était un peu enrhumé du cerveau, fièvre, céphalie. Début de la rougeur au coin de l'œil droit.

Le 3 janvier. La rougeur atteint l'œil gauche et les joues. T. V. 38° 2.

Le 4 janvier. L'érysipèle occupe les deux joues, le nez, le front. T. 38°. Bon état général.

Les 5, 6, 7, 8 janvier. L'exanthème évolue normalement. Le 8 apparition d'un léger érythème scarlatiniforme sur le corps et les mains. T. 37° 2.

Le 15 janvier. La rougeur du corps et des mains persiste encore.

Le 17 janvier. L'érythème des mains existe seul.

Le malade sort le 18.

Observation XVI (Inédite)

Erysipèle de la face. Erythème diffus du cou et du tronc

L....., Clotilde, 22 ans, domestique; lit n° 1, entrée le 15 janvier 1895.

Début le 13 janvier par des frissons. Le 14, apparition de rougeur au niveau de l'angle interne de l'œil.

Le 16 janvier. Le côté gauche du nez et la joue gauche sont pris. T. V. 39° 2.

Le 17 janvier, extension de l'érysipèle au front avec une élévation de température vespérale à 39° 4.

Le 18 janvier. L'état local s'améliore à la joue; l'éruption reste stationnaire au front.

Erythème. — Une plaque isolée occupe la partie supérieure du sternum, la fourchette sternale, et s'étend à gauche jusqu'à la partie moyenne de la clavicule, à droite jusqu'à son bord interne.

Le dos est occupé par une rougeur diffuse formée par la confluence de macules d'un rose vif. Quelques-unes ont une teinte plus vive, d'autres sont plus pâles, la main appliquée sur le dos y laisse un sillon blanc. Autour de la ceinture se trouvent les mêmes macules et il semble qu'au cou la rougeur soit de même nature.

Le 19 janvier. La plaque sternale a disparu. L'érythème persiste jusqu'au 23 pendant que l'érysipèle va en diminuant.

Observation XVII.

Erysipèle du bras bénin. Erythème scarlatinoïde du tronc et des jambes

C....., Marie, 31 ans. Entrée le 23 août 1895, lit n° 13.

Le gonflement du bras droit débute le 23 août. Il existe à droite sur le tronc un érythème scarlatinoïde qui gagne l'épaule, mais ne se confond pas avec l'érysipèle; en bas, il s'étend jusqu'à l'arcade crurale. Son évolution s'est faite rapidement et l'éruption ne présente aucun caractère érysipélateux. Elle est nettement framboisée et scarlatinoïde. T. 37° 5. P. 80.

26 août. Gonflement modéré du bras et de l'avant-bras, rougeur et bourrelet. L'érythème scarlatineux s'étend jusqu'au niveau du genou droit. T. 36° 4. P. 64.

Le 27 août. L'érythème s'est étendu.

Le 28 août. Il a presque complètement disparu; légère desquamation.

L'érysipèle du bras s'est terminé par la guérison.

Observation XVIII.

Erysipèle scarlatiniforme récidivant mercuriel guéri depuis 3 mois. Erysipèle de la face. Nouvelle et dernière poussée d'érythème généralisé (empruntée à Achalme. Obs. XXXI, page 335 de sa thèse, et résumée).

S....., 20 ans, modiste. Entrée le 3 novembre 1890, service de M. Troisier. Syphilique depuis le 3 janvier 1890, avait, après abus de protoiodure, présenté un érythème scarlatiniforme récidivant. Sortie guérie du service de M. Besnier, où elle avait séjourné au mois de juillet et d'août, elle avait conservé un léger intertrigo du sillon auriculo temporal gauche, point de départ d'un érysipèle qui l'amène à l'hôpital.

Le début a lieu le 1er novembre. Erysipèle grave de la face avec albuminurie, température élevée, subdélirium nocturne.

6 novembre. Apparition de l'exanthème scarlatiniforme qui débute par le bras, puis envahit le tronc et les jambes pour y être généralisé le 7 novembre.

Le 8 et 9 novembre. L'érythème pâlit.

11 novembre. Desquamation accentuée les jours suivants.

13 novembre. Nouvelle poussée d'érysipèle à la face. Disparition de l'albumine.

La desquamation se poursuit les jours suivants; l'épiderme des mains s'enlève en large lambeaux.

18 novembre. La malade sort sur sa demande, la desquamation étant incomplètement terminée. La malade depuis n'a plus présenté de poussée exanthémateuse.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

Urines au moment de l'albumine : Négatif.

Sérosité d'une scarification : Colonies abondantes de streptocoques purs.

Observation XIX (Inédite).

Erysipèle de la face. Albuminurie ancienne. Erythème papuleux des mains et du thorax.

G....., Paul, 26 ans, boucher. Entré le 10 janvier 1895. Sixième érysipèle de la face, panaris superficiel du petit doigt quelques jours avant. Début le 6 janvier. A l'entrée, la face est prise presque en totalité, cependant température peu élevée ; le soir. 37° 8.

Le 11 janvier. L'érysipèle s'étend. Il apparaît à la partie interne du dos des mains une éruption formée par de petits placards séparés par d'étroits intervalles de peau saine, rouges, irréguliers, s'effaçant par la pression. Pas de démangeaisons. Les placards sont formés par la confluence de petites papules.

12 janvier. L'albuminurie persiste; elle paraît anté-

térieure au début de l'érysipèle; le malade a eu des symptômes évidents de brightisme.

Quelques papules se montrent sur la partie latérale droite du thorax.

13 et 14 janvier. persistance de l'éruption.

15 janvier. Il n'existe plus qu'une légère rougeur érythémateuse.

17 janvier. L'érythème a disparu.

Ce malade sort le 30 janvier. Il avait encore de l'albumine au réactif de Tanret.

Observation XX (Inédite)

Prise par Mr Cabrol, externe du service.

Erysipèle de la face chez un alcoolique. Délire. Incontinence des matières fécales. Albuminurie. Erythème papuleux (Malade traitée par les bains)

P.... Clotilde, 24 ans, couturière (Alcoolique absinthique).

Entre le 25 Août 1895, au 3e jour de la maladie.

Le 16 Août. Erysipèle occupant tout le côté gauche de la face, abattement extrême, délire, incontinence des urines et des matières fécales. Albuminurie dans l'urine, 5 bains. T. 39° 2.

17 Août. L'érysipèle s'est un peu étendu. Continuation du délire. T. 38₀. P. 120 petit et irrégulier. Glace sur le cœur — 5 bains.

18 Août. La rougeur a gagné le cou — délire — T.

39° 6. P. 120, diarrhée, léger abcès de la paupière supérieure gauche (8 bains)

19 La desquamation commence au front, alternatives d'excitation, et d'abattement, T. 39°, pouls 124. Albumine en quantité notable. 7 bains.

20 Août. L'état local et général sont meilleurs, la température est tombée à 37°, mais le pouls reste à 124, 3 bains.

21 Août, Le délire réapparaît dans la nuit, mais ce matin l'intelligence est revenue : la desquamation est plus abondante. T. 37° P. 104.

23 Août. L'abcès de la paupière supérieure gauche s'est reformé. Incision. T. 37° 4. P. 90.

28 Août. L'état local s'améliore de plus en plus.

29 Août. Une éruption cutanée est apparue, elle occupe la partie supérieure du thorax et descend jusqu'à l'ombilic. Elle est formée par des taches rosées papuleuses séparées les unes des autres et présentant dans leur ensemble un aspect rubéolique. T. 37° 3

30 et 31 Août, Persistance de l'érythème.

La malade sort non guérie le 1er septembre.

Observation XXI

Erysipèle de la face. Eruption papuleuse.

(in. th. Bourgeois, obs. II, page II Résumée)

C..... homme vigoureux. Erysipèle occupant la moitié droite de la face et du cuir chevelu — Marche normale.

Au septième jour, apparition sur la face antérieure du tronc et sur les memhres de taches roses disséminées séparées par des intervalles de peau saine et s'effaçant par la pression. Elles occasionnent des picotements. Les jours suivants ces macules de roséole s'élèvent un peu et se transforment en papules (roséole). Elles siègent à la partie antérieure du tronc, à la partie intense des deux bras, à la face interne des deux cuisses, principalement sur le trajet des nerfs intercostaux, médians et sciatiques. Aucun de ces nerfs n'est douloureux à la pression. Çà et là, sur quelques papules apparaissent de petites vésicules (roséole miliaire). L'érysipèle pâlit et disparait en quelques jours.

Observation XXIII (personnelle).

Erysipèle de la face bénin. — Urticaire.

D..... Raphaël, 20 ans, artiste lyrique. Entré le 20 février 1895. Erysipèle de la face consécutif à une écorchure de la racine du nez. Evolution apyrétique. L'érysipèle cependant a été accompagné de phlyctènes sur les paupières et s'est accompagné d'angine.

Le 27 février, c'est-à-dire le onzième jour de la maladie, sans cause déterminante, s'est montrée une éruption ortiée étendue aux jambes, aux cuisses et à l'abdomen.

Le 28, l'éruption ortiée a diminué.

Le 1er Mars elle est encore très visible à la moitié des cuisses.

Le malade sort.

Observation XXIII. (Inédite) — très résumée.

Erysipèle de la face. Phénomènes nerveux. Albuminurie, quelques taches purpuriques aux deux genoux.

E. Berthe, 17 ans, couturière, entrée le 6 février, lit n° 15. Opérée d'une tumeur lacrymale, elle entre au 2e jour de son érysipèle. Celui-ci occupe toute la face. La température est élevée, elle atteint son maximum le 6e jour avec 40°. La malade est baignée : phénomènes d excitation médullaire.

Le 8e jour, apparition de quelques taches aux genoux. La malade sort non guérie.

Observation XXIV (Abrégée.)

Erysipèle de la face. Quelques taches purpuriques à l'avant-bras. Méningite purulente à l'autopsie.

P... Eugénie, 42 ans. Entrée le 28 mars 1895, lit n° 14. Morte le 2e jour de son entrée avec des phénomènes méningitiques. Eruption purpurique, quelques taches siégeant surtout à l'avant-bras du côté gauche.

OBSERVATION XXV (Abrégée.)

Erysipèle de la face. Mort par syncope. Plaque purpurique à la cuisse.

C... Joséphine, 46 ans, entrée le 19 novembre 1895, lit n° 9, 6e érysipèle survenant chez une malade affaiblie par une cirrhose ancienne. Une plaque ecchymotique s'est montrée à la cuisse le 6e jour ; elle a été suivie de quelques pétéchies.

Les organes cultivés après la mort ont donné des colonies de streptocoque pur.

OBSERVATION XXVI.

Purpura hémorrhagica fébrilis.

Hérard (Acad. de méd. 28 décemb.e 1852. (*Gaz. méd.* de Paris 1863 p. 12.) Résumée.

Homme de 25 ans, doreur, entré à la Pitié 22 août 1851. Convalescent depuis quinze jours d'un érysipèle de la face qui avait été normal.

Le 19 août, à la suite d'un bain froid, frisson et douleurs dans les reins.

Le 23 août, résistance des mêmes symptômes. Sur la face et le devant de la poitrine, on remarque une rougeur assez vive, générale, uniforme, sans pointillé, disparaissant à la pression.

Le 24, continuation de la céphalée et des douleurs lombaires. Fièvre P. 100. « Les deux conjonctives oculaires et les paupières, principalement du côté droit, sont le siège de fortes ecchymoses violacées, noirâtres. Un grand nombre de pétéchies lie de vin se montrent sur le ventre et les membres inférieurs ; elles sont confluentes à la région hypogastrique, rares sur la poitrine et les bras. Sur les jambes on observe par plaques disséminées une teinte bleuâtre qui dénote une hémorrhagie profonde.

La langue à peine rouge sur les bords présente à sa face dorsale un endroit blanchâtre : le malade expectore cinq ou six crachats sanglants et assure avoir rendu des urines rouges de sang. A l'auscultation, quelques râles sous-crépitants disséminés dans la poitrine.

Le malade est soigné. Mort subite.

Observation XXVII (Inédite.)

Esysipèle de la jambe. Purpura. Arthrite tibio-tarsienne (prise par M. Despierre, externe du service.)

D... Emile, 49 ans. Employé de commerce. Entre le 26 novembre 1894.

1er Erysipèle de la face à l'âge de 12 ans. Début le 24 novembre par de la douleur et de la rougeur au niveau de la malléole interne droite.

Le 25. La rougeur s'étend au mollet.

Le 26. plaque érysipélateuse allant du cou-de-pied au genou.

Le 27. La rougeur s'étend à la région poplitée : adénite inguinale. Température normale.

Le 29. La cuisse est rouge et œdématiée : le malade accuse des sensations d'engourdissement dans la jambe droite. Apparition de taches purpuriques confluentes en certains endroits et se réunissant pour former des ecchymoses : l'éruption est d'autant plus discrète qu'on se rapproche de la racine des membres. Sur la jambe gauche également, quelques pétéchies. Température presque normale.

30 décembre. Tandis que les taches s'atténuent aux membres inférieurs, il s'en produit d'autres au niveau du rebord des formes côtes droites.

31 décembre. Le malade tousse, l'éruption pâlit et devient jaunâtre.

2 jauvier. Le thorax est envahi par l'efflorescence pétéchiale qui gagne le creux axillaire.

5 janvier. Desquamation purpuracée du niveau du thorax, T. 37° 2.

7 janvier. L'éruption est en voie de disparition.

15 janvier. Douleur nette au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Cette douleur persiste jusqu'au 19 janvier.

26 janvier. Apparition d'une otite purulente.

28 janvier. Le malade sort.

Observation XXVIII.

Erysipèle de la cuisse. Albuminurie. Purpura. Epistaxis. Hématurie. Délire et Hypothermie. Mort. Autopsie. Examen bactériologique.

J... V. 62 ans. Entré le 28 août, 1895, lit 21. Cette malade présentait une plaie ulcéreuse ancienne de la cuisse, soignée dans le service de M. Després, puis de M. Hallopeau. Elle entre avec un érysipèle intense s'étendant du 1[3 inférieur de la cuisse droite jusqu'au niveau de l'articulation du genou.

L'état général est mauvais, la température de 40o 4, les urines albumineuses. Les jours suivants, l'érysipéle s'étend à la jambe.

Le 5 septembre, abcès du cou-de-pied. Malgré l'absence de fièvre, l'état local s'est aggravé, la jambe et le pied sont gonflés, il existe du pus bleu à la surface de la plaie. L'état général paraît meilleur, les urines ne sont plus albumineuses, mais le facies est plombé.

Le 26 septembre, c'est-à-dire 29 jours après le début de l'érysipèle apparaissent plusieurs taches et plaques de purpura sur la jambe gauche et sur le bras du même côté. En même temps la température qui était normale s'élève à 38° 5, il survient un état gastrique mauvais se traduisant par des vomissements continuels.

Le 28 septembre, le purpura s'est étendu, il existe des ecchymoses nombreuses au niveau de la partie supérieure et externede la cuisse droite. Un abcès léger apparaît au niveau du dos du pied. Les urines sont rares et non albumineuses.

Le 30 septembre, l'état général s'aggrave : la malade a eu des épistaxis abondantes par les narines : l'urine contient du sang en grande quantité, elle est très rare.

Le 3 octobre, à six heures du matin, la malade est prise de délire.

Le 4 octobre, le délire persiste, le cœur est en asystolie.

Le 5, la malade meurt, dans le subcoma et l'hypothermie, 12 heures avant la mort, la température prise dans des conditions qui ne peuvent faire mettre en doute son authenticité est de 34° 5. Quant au purpura, il est resté stationnaire.

Autopsie. — Les lésions trouvées sont de la congestion pulmonaire, de l'athérome des valvules du cœur, de la sclérose hépatique ; enfin, les reins présentent un type de néphrite interstitielle.

Examen bactériologique. — Pendant la vie, l'examen du sang pris dans la veine le 2 octobre a été négatif. Post mortem, les organes ont tous donné des cultures de streptocoques.

Observation XXIX (Inédite).

Erysipèle de la face. Albuminurie. Purpura, Arthralgies.

D... Marie, 39 ans, domestique, entrée le 27 janvier 1895, l'érysipèle paraît consécutif à un coryza. Début le 25 janvier par frissons, vomissements, céphalée.

Le 28 janvier, érysipèle occupant les joues s'étendant aux oreilles et aux régions mastoïdiennes. T. v. 40° 6.

29 janvier. T. 40° 3, l'érysipèle s'est un peu étendu.

30 janvier. T. 39° 8, la rougeur a gagné le front; albuminurie.

31 janvier, la température tombe à 38°; cependant la rougeur s'étend au front.

2 février. La desquamation commence à la face. V. 37° 9.

4 février. Etat local identique, élévation de la température à 39°, douleurs dans les articulations du coup de pied, du genou, du poignet et du coude des deux côtés. Apparition sur les bras au niveau de la partie postérieure du coude, sur les membres inférieurs et le dos jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate de petites taches purpuriques saillantes ne disparaissant pas à la pression.

Dès le soir, les taches purpuriques ont pâli, se sont entourées d'une aréole rosée, saillante ; par leur confluence, elles forment des papules les unes nettement

limitées, les autres constituent des plaques et des traînées surtout à la face postérieure du coude, des cuisses et dans la région du cou de pied.

5 février. A l'abdomen, sont apparues de petites pétéchies, tandis qu'à la région des reins se montrent des papules d'aspect purpurique. Les membres inférieurs sont le siège d'une éruption semblable. Quelques éléments d'apparence vésiculeuse existent à la fesse droite. T. v. 39°.

6 février. L'érysipèle desquame. Persistance des douleurs dans les articulations ; la teinte ecchymotique de l'éruption s'accentue. T. v. 38° 6.

7 février. Même état. Toujours albumine dans l'urine ; au niveau des métacarpiens gauches, la peau est lisse et rouge.

9 février. Une adénite s'ouvre au dehors, les vésicules deviennent purulentes.

10 février. Certains éléments sont constitués par des vésicules à contenu purulent et hémorrhagique.

14 février. L'éruption prend un caractère vésico-purulent. Il existe du gonflement au niveau des différentes articulations prises, les éléments évoluent : les uns pâlissent ; les autres se transforment en croûte, quelques-uns s'ulcèrent ; l'albumine disparaît le 6 mars. Dès lors, il ne persiste plus que des macules indues de l'éruption.

Observation XXX (Inédite.)

Erysipèle de la face. Erythème des mains, des bras et des genoux. Eléments papuleux, vésico-pustuleux.

C.., Angèle, 19 ans, domestique, entrée le 31 janvier 1894, lit n° 50, début par un frisson violent et un mal de gorge, le 28 janvier.

Le 29 et le 30, le gonflement qui avait débuté par l'angle interne de l'œil droit a gagné le front et les joues.

31 janvier. 37°8.

1er février. Toute la face jusqu'aux lèvres supérieures est occupée par l'érysipèle.

On constate 1° à la partie antérieure des genoux, des placards rouges, irréguliers, formés par la confluence des petits éléments papuleux légèrement saillants.

2° A la région postérieure des deux bras, de la rougeur sur une longueur de 10 centimètres.

3° Le dos des mains présente une teinte rouge qui s'étend au poignet et remonte au 1/3 inférieur de l'avant-bras ; y fait disparaître la rougeur. On constate par endroits, de nombreuses petites papules saillantes, moins colorées que le reste de la peau.

Au dos de la main gauche et au poignet, pustules desséchées recouvertes d'une croûte noirâtre ; l'une d'elles contient du liquide purulent ; elles sont réparties en deux groupes, l'un linéaire à 4 ou 5 centimè-

tres au-dessus de l'articulation du poignet, l'autre en groupe circulaire au niveau du 2e métacarpien.

2 février. Il persiste de la rougeur de la face, l'éruption de la face postérieure des bras a pâli, la rougeur des mains persiste ; à la partie interne des genoux, les éléments papuleux du centre de la plaque rosée sont un peu affaissés, tandis que ceux qui sont à la périphérie sont saillants.

3 février. Meme état au bras ; sur le dos des mains, les pustules ont une légère teinte hémorrhagique, il se forme des croûtes noirâtres à leur surface.

A la face interne des genoux, les éléments papuleux sont affaissés et ont pris une coloration brunâtre.

4 février. Presque plus d'érysipèle, même aspect général.

5 février. Même état, mais apparition d'une plaque rouge à la face externe de la jambe.

6 février. La plaque de la face interne des genoux a pris une coloration brunâtre, la tache rouge de la jambe a pâli en laissant un piqueté rouge.

7 février. L'érysipèle existe toujours un peu à la face, la rougeur des bras et des mains est moins intense : à la face interne des genoux, se produit de la desquamation.

8 février. Même état.

9 février. L'éruption pâlit dans son ensemble : les quelques croûtes qui se sont formées, tombent.

Le 14 février, la malade sort, il persiste un peu

de rougeur aux membres supérieurs. La température pendant tout le temps de l'évolution, a été normale.

Observation XXXI.

(Cette observation a été mise au chapitre de l'érythème polymorphe).

CONCLUSIONS

1° Il existe au cours de l'érysipèle des éruptions cutanées qui sont le fait de la maladie elle-même.

2° La fréquence de ces éruptions est d'environ 5/100 ; cette constatation a une grande importance, du moment où l'on discute sur les accidents attribuables à la sérothérapie.

3° Au point de vue symptomatologique elles sont en tout comparables aux phénomènes cutanés signalés par les auteurs dans l'infection purpurale et dans la pyohémie.

4° Elles peuvent s'accompagner d'arthropathies ayant les allures d'un pseudo-rhumathisme infectieux.

5° Le purpura érysipélateux est une véritable complication ; il peut s'accompagner d'hémorrhagies viscérales.

6° L'apparition des érythèmes simples paraît indépendante de la gravité de la maladie ; les érythèmes à tendance ecchymotique se montrent surtout dans les érypèles graves, où l'on observe de l'albuminurie et des phénomènes nerveux à forme ataxo-adynamique.

BIBLIOGRAPHIE

ACHALME. — L'érysipèle collection Debove.

Id. Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle, ses formes et ses complications. (Th. de Paris 1892).

BABÈS. — Archives de Médecine expérimentale 1893, p. 608.

BLAISE. — De la forme hémorrhagique de l'érysipèle. (Th. de Paris 1885).

BOUCHARD. — Académie des Sciences, 26 octobre 1891.

BOURGEOIS. — Des éruptions cutanées consécutives à l'érysipèle. (Th. de Paris 1873-74).

BRIEGER. — Ueber Erythème insbesondere bei Infections Krankheiten, Charite Annalen IX Jahrg, page 115.

CHANTEMESSE. — Société médicale des hôpitaux, 19 juillet 1895. (Discussion).

CHRNTEMESSE ET SAINTON. — Des érythèmes érysipélateux. Société médicale des hôpitaux, 6 mars 1896.

Charcot-Bouchard. — Traité de Médecine. T. II. Article purpura.

Dictionnaire Dechambre. — Article Erythème.

Desprès. — Traité de l'Erysipèle, 1862.

Galliard. — Des érythèmes infectieux. Société médicale des hôpitaux, 26 octobre 1895.

Geneix. — Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale et en particulier de l'érythème polymorphe. (Th. de Paris 1883).

Hanot et Luzet. — Notes sur le purpura à streptocoques au cours de la méningite cérébro-spinale streptococcienne. (Archives de Médecine expérimentale 1890).

Hall et Œxler. — Americ Journal of. Médical Science, janvier 1844.

Hérard. — Purpura hémorrhagica febrilis. Académie de Médecine, 28 décembre 1852.

Hutinel. — Notes sur quelques érythèmes infectieux. Archives générales de Médecine. (Septembre et octobre 1892).

Lannois et Courmont. — Archives de Médecine expérimentale, 1892.

Monneret et Fleury. — Compendium de Médecine, 1839.

Roger. — Etude clinique sur l'érysipèle. Revue de Médecine, 10 mars 1896.

Tremblay. — Thèse de Paris, 1876.

WIDAL. — Articles Stroptococci et Erysipèle de la face. Traité de Médecine et de thérapeutique.

WIDAL ET THÉRÈSE. — Société Médicale des hôpitaux, 9 février 1894.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
DIEULAFAY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD